FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-1888 — N° 64

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'IRRÉDUCTIBILITÉ

DES

LUXATIONS MÉTACARPO-PHALANGIENNES DU POUCE

ET DE

LEUR TRAITEMENT PAR L'ARTHROTOMIE A CIEL OUVERT

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement, le 25 juin 1888,

PAR

LOUIS-MARIE-PAUL JULIEN-LAFERRIÈRE

Médecin de 2e classe de la marine,

Né à Saintes, le 21 mars 1859.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MASSE, professeur : *Président ;*
LANELONGUE, professeur
BOURSIER, agrégé } *Juges.*
DENUCÉ, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

ROCHEFORT-SUR-MER

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE CH. THÈZE, RUE CHANZY, 123.

1888

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-1888 — N° 64

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'IRRÉDUCTIBILITÉ

DES

LUXATIONS MÉTACARPO-PHALANGIENNES DU POUCE

ET DE

LEUR TRAITEMENT PAR L'ARTHROTOMIE A CIEL OUVERT

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement, le 25 juin 1888,

PAR

LOUIS-MARIE-PAUL JULIEN-LAFERRIÈRE

Médecin de 2e classe de la marine,

Né à Saintes, le 21 mars 1859.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MASSE, professeur : *Président ;*
LANELONGUE, professeur
BOURSIER, agrégé } *Juges.*
DENUCÉ, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

ROCHEFORT-SUR-MER

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE CH. THÈZE, RUE CHANZY, 123.

1888

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. — M. DENUCÉ..... Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
MICÉ..... }

	MESSIEURS		MESSIEURS
Anatomie	BOUCHARD.	Pharmacie	FIGUIER.
Physiologie	ORÉ.	Thérapeutique	DE FLEURY.
Physique	MERGET.	Hygiène	LAYET.
Chimie	BLAREZ.	Médecine légale	MORACHE.
Histoire naturelle	GUILLAUD	Médecine expérimentale	JOLYET.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.	Matière médicale	PERRENS.
Pathologie interne	DUPUY.	Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Pathologie externe	AZAM.	Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Anatomie pathologique	COYNE.	Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Histologie et anatomie générale	VIAULT.	Clinique ophthalmologique	BADAL.
Médecine opératoire	MASSE.		

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale

MM. ARNOZAN. RONDOT. | MM. ARTIGALAS. MOUSSOUS. DUBREUILH.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe

MM. BOURSIER. PIÉCHAUD. | MM. LAGRANGE. POUSSON. DENUCÉ.

Accouchements..... M. LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et physiologie..... } PLANTEAU. FERRÉ.
Histoire naturelle..... NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique..... BERGONIÉ.
Chimie et toxicologie..... DENIGÈS.
Pharmacie..... CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique médicale des enfants... MM. NÉGRIÉ.
Clinique chirurgicale des enfants. PIÉCHAUD.
Maladies vénériennes..... MM. VENOT.
Maladies mentales..... N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements..... M. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... M. CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549603_0022

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR MASSE

Professeur de médecine opératoire.

A M. LE DOCTEUR ALF. POUSSON

Professeur agrégé.

INTRODUCTION

L'intervention opératoire directe est aujourd'hui à l'ordre du jour dans le traitement des luxations irréductibles ; dans sa séance du 23 octobre 1886, le deuxième Congrès français de chirurgie s'est occupé de cette question, et l'on a pu voir que l'arthrotomie des grandes articulations a été pratiquée déjà un très grand nombre de fois, avec succès, pour l'épaule, la hanche, le coude, le genou, le cou-de-pied, etc.

C'est évidemment dans les succès de la méthode antiseptique qu'il convient de rechercher l'explication de ce mouvement chirurgical, et il ne fallait pas moins que les éclatants succès de la chirurgie Listérienne pour donner ce degré de faveur à des opérations jusque-là reconnues si redoutables et, à juste titre, si décriées.

M. le docteur Alf. Pousson, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, nous ayant parlé d'une arthrotomie qu'il avait faite, il y a quelques mois, à propos d'une luxation irréductible du pouce, et qui avait donné, au point de vue fonctionnel, un résultat très satisfaisant, il nous a paru intéressant de rechercher pourquoi, puisque l'on ouvrait les grands articles, il restait encore tant d'adversaires de l'arthrotomie de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, et nous en avons fait notre sujet de thèse inaugurale.

Etudiant rapidement l'anatomie normale de l'articulation, l'étiologie, les symptômes et le traitement des luxations réductibles, nous nous arrêtons seulement sur les causes d'irréductibilité et sur l'intervention opératoire.

Les divers obstacles prétendus être causes de l'irréductibilité, sont successivement examinés et discutés. Il en est de même des diverses opérations; après avoir énuméré l'incision sous-cutanée, la résection du métacarpien et l'arthrotomie à ciel ouvert, nous décrivons en détail le manuel opératoire de cette dernière, faisant ressortir les précautions antiseptiques nécessaires, les dangers que peut faire courir l'opération, et les avantages qui en résultent au point de vue du rétablissement des fonctions de la main.

J'adresse tous mes remerciements à M. le docteur Pousson, pour la bienveillance qu'il m'a toujours montrée et la complaisance avec laquelle il m'a fourni son observation.

Je remercie également M. le professeur Masse de l'honneur qu'il me fait en acceptant la présidence de ma thèse.

CHAPITRE I

ÉTUDE DE LA LUXATION RÉDUCTIBLE

ANATOMIE NORMALE DE L'ARTICULATION

L'articulation métacarpo-phalangienne du pouce est une énarthrose ; la tête du métacarpien est reçue dans une cavité de moitié moins d'étendue, creusée sur l'extrémité supérieure de la première phalange. Cette cavité est complétée en avant par le ligament glénoïdien, épais de deux millimètres, qui contient deux os sésamoïdes, l'un externe, l'autre interne. Ce ligament et ses os sésamoïdes sont si intimement fixés à la phalange qu'ils ne l'abandonnent jamais. La synoviale est ici lâche et mince ; les deux ligaments latéraux, dont l'externe est le plus fort, sont épais et courts.

Autour de l'articulation nous trouvons : le tendon du long abducteur du pouce, qui s'attache à l'extrémité supérieure du premier métacarpien ; le tendon du court extenseur à l'extrémité supérieure de la première phalange ; le tendon

du long extenseur qui s'insère à la deuxième phalange ; le court abducteur du pouce, allant du scaphoïde et du trapèze à l'extrémité supérieure de la première phalange ; l'opposant, du trapèze à la face antérieure du premier métacarpien ; le court adducteur, dont le tendon s'insère à l'os sésamoïde interne et à la tubérosité interne et supérieure de la première phalange ; le court fléchisseur, dont le faisceau interne va à l'os sésamoïde interne et le faisceau externe à l'os sésamoïde externe ; le long fléchisseur propre, dont le tendon va s'attacher à la deuxième phalange.

Les mouvements de l'articulation comprennent la flexion et l'extension de la phalange sur le métacarpien, l'abduction, l'adduction, la circumduction et la rotation.

ÉTIOLOGIE

La cause la plus fréquente des luxations métacarpo-phalangiennes en arrière est une chute sur la face palmaire du pouce ; toutes les causes amenant le renversement du pouce en arrière agissent de même par l'extension forcée. On cite des luxations survenues : en poussant une table très lourde (Dugès) ; à la suite d'une rixe où l'un des adversaires avait été maintenu par le pouce (Sarrazin) ; à la suite d'un coup de pied sur la main (Michel) ; par la pression d'une poutre qui, en glissant, avait entraîné le pouce vers la face dorsale de la main (Guyon) ; par la chûte d'un morceau de bois sur la face dorsale du métacarpien, la face palmaire du pouce reposant sur un plan résistant (Fabre, de Commentry).

DIVISION

Ces luxations ont été divisées en : incomplète, complète et complexe. Elles sont simples ou compliquées de déchirure des tissus.

SYMPTOMES

Le diagnostic est facile : dans la luxation incomplète, les extrémités articulaires font une saillie variable, la phalange est dans l'extension, le pouce a sa longueur normale.

Le plus souvent, dans la luxation complète, le pouce offre la forme d'un Z ; la phalange renversée en arrière sur le métacarpien forme avec cet os un angle obtus ; la phalangette est fléchie, la tête du métacarpien fait à la face palmaire une forte saillie ; on peut faire exécuter des mouvements de latéralité sur le dos du métacarpien. Le raccourcissement peut varier de quelques millimètres à 1 centimètre et plus (Malgaigne).

Dans la luxation complexe, la phalange reste parallèle au métacarpien, elle est simplement en arrière, la phalangette est à peine fléchie (pouce en baïonnette) ; le raccourcissement est le seul signe du déplacement complet (Farabœuf).

PRONOSTIC

Cette luxation devient très rapidement difficile à réduire ; quelquefois même, elle est absolument irréductible. Pour

Tillaux, toutes les luxations récentes peuvent être réduites ; les observations qui suivent prouvent qu'il est loin d'en être toujours ainsi.

TRAITEMENT

Ce travail visant seulement l'intervention chirurgicale directe sur l'articulation, dans les cas de luxation irréductible, je ne fais qu'énumérer les différents modes de traitement employés dans les luxations faciles à réduire.

Les méthodes de douceur sont : l'impulsion simple avec glissement ; l'impulsion avec flexion en avant ; l'impulsion avec flexion en arrière ; la rotation accompagnée de circumduction (Guyon). L'extension simple n'aboutit qu'à placer le pouce dans l'axe du métacarpien sans obtenir la réduction.

Dans les méthodes dites de force, on fait la contre-extension, soit dans le pli qui sépare le pouce de l'index (procédé mauvais de A. Cooper), soit sur le poignet. L'extension se fait, soit avec un nœud coulant, après avoir protégé la phalange avec une lanière de cuir (Cooper), soit avec l'anneau d'une clef (Lawrie), soit avec les pinces à préhension de Farabœuf ou celles de Charrière et de Lüer. Naturellement, quel que soit le moyen employé, il faut combiner avec lui les divers procédés de coaptation.

OBSERVATION 1

(INÉDITE)

Leroy, âgé de 20 ans, matelot à la Division ; le 31 juillet 1887, chute sur la paume de la main ; douleur très vive, impossibilité de faire mouvoir le pouce. Entré à l'Hôpital maritime de Rochefort, le 1er août, où l'on constate une luxation métacarpo-phalangienne du pouce en arrière ; forme en Z du bord radial de la main ; la tête du métacarpien est sentie très superficielle au sommet de l'éminence thénar. Le 2 août, on fait la réduction, sans anesthésie, au moyen de la pince de Mathieu, par flexion forcée en arrière et glissement. La luxation est maintenue réduite par une attelle et un bandage. Le 14 août, le malade reprend son service.

CHAPITRE II

ÉTUDE DES CAUSES D'IRRÉDUCTIBILITÉ DE CERTAINES LUXATIONS

Les causes d'irréductibilité de la luxation métacarpo-phalangienne du pouce ont été très discutées. Admise comme très fréquente par les uns, cette irréductibilité a été presque niée par d'autres (Tillaux, Farabœuf, Huguier) qui prétendent qu'elle est surtout produite par des manœuvres de réduction mal comprises. Quoi qu'il en soit, il est certain qu'il y a des luxations, même récentes, qui résistent aux méthodes ordinaires de traitement.

A. Cooper trouve la cause de l'irréductibilité dans l'existence des six muscles courts et puissants qui s'insèrent aux première et deuxième phalanges, et en particulier des fléchisseurs.

Hey dit que la résistance provient des ligaments latéraux entre lesquels passe l'extrémité inférieure du métacarpien, qui s'y trouve comme emprisonnée.

Pailloux affirme que l'obstacle s'opposant à la réduction est

formé par le ligament antérieur qui, arraché d'une de ses insertions, s'interpose avec une portion de la capsule entre les surfaces articulaires.

Dupuytren attribue l'irréductibilité : au changement de rapports des ligaments latéraux qui, à l'état normal, sont parallèles à l'axe du métacarpien, mais qui, dans la luxation, lui deviennent perpendiculaires ; au spasme des muscles et au peu de longueur du pouce, qui oblige à appliquer la force extensive très près du lieu de luxation.

Malgaigne pense que le métacarpien est fixé entre les deux chefs du court fléchisseur, ou plutôt entre les faisceaux opposés des muscles qui convergent vers les os sésamoïdes, comme un bouton est serré dans une boutonnière.

Pour *Farabœuf*, dans les luxations du pouce en arrière, la phalange n'est rien, les os sésamoïdes sont tout. Ces petits os s'arrêtent-ils sur le bout du métacarpien, la luxation est incomplète. Ont-ils été entraînés jusque sur le dos du métacarpien, la luxation est complète. Montés sur le métacarpien, se sont-ils retournés, interposés, la luxation est complexe.

L'anatomie pathologique peut-elle rendre compte de ce qui se passe dans l'irréductibilité de la luxation ?

Les autopsies de luxation du pouce sont très rares.

Lisfranc trouva le tendon du long fléchisseur déplacé en dedans et enroulé derrière l'extrémité de l'os, de façon à empêcher la réduction.

Dans une autopsie étudiée par *Adar Lawrie*, la phalange luxée en arrière et un peu en dedans remontait d'environ 1 c. 1/2 sur le métacarpien sur lequel elle était couchée. Le ligament antérieur avait été arraché de ce dernier os. La portion antérieure du ligament latéral externe était déchirée ; la portion postérieure était intacte, mais fort tendue et poussée en arrière sur le métacarpien qu'elle croisait. Le ligament

latéral interne était sain. La tête du métacarpien avait passé à travers les fibres de la portion externe du court fléchisseur; l'autre portion de ce muscle avait glissé en dedans de l'os avec le tendon du long fléchisseur et l'adducteur, tandis que le court abducteur était passé au côté externe et postérieur. Les os sésamoïdes devaient avoir suivi la phalange avec le ligament antérieur, et se trouver placés entre elle et le métacarpien.

Deville constata, à l'autopsie, un déplacement en dehors du tendon du long fléchisseur, fait qui s'est présenté chez deux malades de Védrènes et de Verneuil.

OBSERVATION 2

(*British medical Journal*, 7 MAI 1887) INÉDITE EN FRANÇAIS

A la Société de Calcutta, le chirurgien-major Ratton montra un spécimen d'une ancienne luxation non réduite du pouce en arrière ; on y voyait un tissu inflammatoire organisé, constituant de faux ligaments ; le point le plus intéressant montré par la dissection était le tendon du long fléchisseur du pouce, couché derrière la tête du métacarpien et passé par dessus la base de la première phalange, qu'il maintenait fortement; cela semblait constituer le principal obstacle à la réduction.

Les luxations exposées, et celles traitées par l'arthrotomie ont plus souvent permis d'étudier l'état des parties.

Wordsworth trouva le tendon du long fléchisseur interposé entre les surfaces articulaires ; il était enroulé autour du bord cubital de la tête du métacarpien et les tractions l'avaient attiré en travers de la jointure.

Esmarch vit le tendon du long fléchisseur interposé entre la tête du métacarpien et la base de la phalange ; le tendon, suivant la phalange déplacée, avait glissé vers le bord cubital par dessus la tête du métacarpien et s'était enclavé entre les deux os.

Dans l'observation 8 (Dr Elliot), le tendon du long fléchisseur était enroulé autour de la tête de l'os, de sorte qu'il semblait que ce tendon était le principal obstacle à la réduction ; cependant, après avoir fait passer ce tendon par dessus la tête de l'os, on ne put réduire ; le long fléchisseur avait donc peu ou point à faire avec l'irréductibilité.

Dans l'observation 9 (Dr Harrington) le tendon du long fléchisseur longeait le bord radial de la tête du métacarpien.

G. Turner (Observation 4) dit que le principal obstacle à la réduction était le tendon du long fléchisseur qui se trouvait en dedans.

M. Pousson (Observation 10) constata *de visu* que c'était bien la sangle sésamoïdienne qui empêchait la réduction.

Enfin, l'on peut produire expérimentalement sur le cadavre des luxations semblables à ce qu'elles sont sur le vivant. C'est ainsi que Farabœuf a disséqué à l'amphithéâtre plus de cent luxations produites par renversement du pouce en arrière, et qui l'ont conduit à formuler cette assertion déjà citée : « Dans la luxation du pouce, la phalange n'est rien, les os sésamoïdes sont tout. »

Cet expérimentateur établit d'abord que la rupture du ligament glénoïdien se fait toujours au niveau de son insertion métacarpienne. Il n'a jamais vu, sur ses cent expériences, la déchirure se faire ailleurs ; trois fois seulement, l'os sésamoïde s'était brisé par arrachement. Les os sésamoïdes contenus dans le ligament glénoïdien suivent donc la phalange dans

tous ses déplacements ; ils forment sur le bord antérieur de sa surface glénoïdienne une sorte d'apophyse, mobile comme une charnière dont les mouvements faciles d'arrière en avant dans le sens de la flexion, sont impossibles en arrière, de sorte que les sésamoïdes ne peuvent jamais s'appliquer sur la surface articulaire de la phalange.

Dans la luxation complète simple, l'os sésamoïde externe est appliqué sur le métacarpien ; c'est lui qui joue le rôle capital dans l'irréductibilité ; il est maintenu fixement au devant de la phalange renversée, par les insertions des muscles de l'éminence thénar. Si, dans les tentatives de réduction on tire sur le pouce, cet os sésamoïde, ne quittant pas le bord du métacarpien, se retourne et constitue le phénomène de l'interposition qui forme la luxation complexe, lorsque les ligaments latéraux sont déchirés.

La rigidité et la longueur de la sangle sésamoïdienne interposée, jouent un grand rôle dans l'irréductibilité ; sa rigidité, due à la présence des os sésamoïdes, l'empêche de se courber, de s'infléchir, de s'accommoder à la forme de l'obstacle à franchir ; sa longueur (6 millimètres environ), l'empêche de passer au devant de la tête métacarpienne. Il faudrait, pour cela, que les tractions pussent écarter la phalange dans l'étendue de 6 millimètres, écartement impossible, à moins que les ligaments latéraux ne soient complètement déchirés ou sectionnés au ténotome.

Pour Farabœuf, les difficultés de la réduction ne tiennent donc ni à la forme de la tête du métacarpien, ni à la boutonnière fibro-musculaire qui embrasse cette tête, ni aux ligaments latéraux, ni au tendon du long fléchisseur, mais seulement au ligament glénoïdien, appendice long, épais, rigide par la présence des os sésamoïdes, et mobile dans un sens opposé à celui qui serait utile.

J'ai moi-même essayé, à l'amphithéâtre de l'École de médecine de Rochefort, d'étudier la pathogénie de cette luxation ; malheureusement, je n'ai pu disposer que d'un nombre très restreint d'expériences. Fixant solidement les métacarpiens au moyen d'un étau, et, pratiquant le renversement forcé du pouce en arrière, j'entendais un craquement, et immédiatement après, la luxation était produite.

EXPÉRIENCE I

(PERSONNELLE)

Luxation en arrière du pouce droit. — Dissection.

A la face dorsale de l'articulation, le long et le court extenseur du pouce n'ont pas changé de place.

A la face palmaire, la tête du métacarpien fait une forte saillie très sensible à la palpation, avant toute dissection ; elle est engagée entre les deux faisceaux du court fléchisseur, qui est très tendu ; le tendon du long fléchisseur, au lieu de passer directement en avant de l'article, est rejeté en dedans ; le ligament glénoïdien et les os sésamoïdes sont entraînés avec la phalange, ils ne sont pas entre les surfaces articulaires, mais en avant de la base de la plalange. Le ligament latéral seul est déchiré.

EXPÉRIENCE II

(PERSONNELLE)

Luxation en arrière du pouce gauche. — Dissection.

Les deux ligaments latéraux sont déchirés ; la tête du métacarpien fait

une saillie moins prononcée que dans la première expérience; mais la boutonnière formée par les deux faisceaux du court fléchisseur est très nettement visible. Le long fléchisseur est encore en dedans de l'articulation, mais ici sa gaîne est déchirée. La sangle glénoïdienne a suivi la phalange. En faisant exécuter divers mouvements d'extension et de torsion, j'arrive à mettre les os sésamoïdes entre les surfaces articulaires. Opérant alors des tractions, je peux constater qu'ils restent entre la jointure et empêchent la tête du métacarpien de se mettre en contact avec la base de la phalange.

EXPÉRIENCE III

(PERSONNELLE)

Luxation en arrière du pouce droit. — Dissection.

Saillie de la tête du métacarpien entre les chefs du court fléchisseur, tendon du long fléchisseur en dedans. La sangle glénoïdienne a suivi la phalange, les deux ligaments latéraux sont déchirés ; mais l'interne l'est incomplètement. Dans cette condition, la réduction s'opère facilement ; je cherche alors, par des torsions et tractions variées, à produire la luxation complexe ; il m'est impossible de ramener les surfaces articulaires en contact, l'os sésamoïde externe les sépare. Prenant un bistouri, je sectionne la partie externe du ligament glénoïdien, l'os sésamoïde suit le faisceau externe du court fléchisseur et les surfaces se mettent en contact.

EXPÉRIENCE IV

(PERSONNELLE)

Luxation en arrière du pouce gauche. — Dissection.

Encore la même disposition des parties. Tant que la luxation n'est pas complexe, la réduction est facile ; dès que l'un des sésamoïdes se retourne, je ne puis le faire partir qu'après section du ligament glénoïdien. Les essais avec un crochet ne m'ont pas donné de résultat.

Il est donc vrai de dire que la seule cause de l'irréductibilité dans cette luxation, est celle indiquée par Farabœuf, et qu'elle consiste dans le renversement ou l'interposition du ligament glénoïdien et surtout des deux os sésamoïdes qu'il renferme.

Quant aux autres causes invoquées, tout au plus jouent-elles un rôle accessoire tout à fait insuffisant pour expliquer l'impossibilité où se trouve le chirurgien de ramener les surfaces articulaires en contact.

Quelle que soit la puissance des muscles court fléchisseur, opposant et adducteur, elle ne peut être suffisante pour résister aux tractions ; d'ailleurs, on agit presque toujours sur des malades chloroformés, c'est-à-dire en état de résolution musculaire.

Pour le tendon du long fléchisseur, qu'il soit dévié en dedans ou en dehors, il ne gêne presque en rien la réduc-

tion ; quant à son interposition aux surfaces articulaires, elle me paraît bien difficile : je ne suis pas arrivé à la produire dans mes quatre essais.

Les ligaments latéraux ne jouent aucun rôle ; ils doivent très probablement être presque toujours déchirés, sinon tous les deux, au moins l'un ou l'autre.

CHAPITRE III

INTERVENTION OPÉRATOIRE DANS LES LUXATIONS IRRÉDUCTIBLES

Lorsqu'il se trouve en présence d'une luxation dont la réduction n'a pu être obtenue par aucun procédé classique, soit avec les méthodes de douceur, soit avec les méthodes de force, accompagnées de l'anesthésie, et quelle que soit la cause de l'irréductibilité, à quelle opération le chirurgien doit-il avoir recours ?

Examinons successivement les trois opérations qui ont été essayées dans ce but :

La section sous-cutanée ;

La résection de la tête du métacarpien ;

L'arthrotomie simple à ciel ouvert.

SECTION SOUS-CUTANÉE

Dans l'*Encyclopédie de chirurgie*, de Gosselin, le professeur E. Andrews, de Chicago, dit : « Quand les méthodes de

réduction échouent, la section sous-cutanée des ligaments latéraux que l'on peut combiner avec la division du court fléchisseur du pouce, faite dans les conditions antiseptiques, est bien indiquée, et plutôt que de laisser persister la déformation, le chirurgien doit adopter cette opération. »

Malgaigne cite plusieurs opérations plus ou moins heureuses.

Ch. Bell propose de porter sous la peau une aiguille à cataracte pour couper un des ligaments latéraux.

Blandin essaya vainement pour une luxation datant de trente jours, la section sous-cutanée des ligaments latéraux, l'impulsion à l'aide de deux poinçons implantés l'un sur la phalange, l'autre sur la tête du métacarpien, et enfin il eut la prudence d'y renoncer.

En 1845, *Vidal* (de Cassis) fait sans succès la section, avec un bistouri étroit, des muscles constituant la lèvre externe de la boutonnière.

Taaffe n'ayant pu, chez un enfant de 12 ans, réduire une luxation de la première phalange du pouce en arrière, sectionna les deux ligaments latéraux et le tendon du court extenseur ; la réduction s'opéra aussitôt, et le petit malade, malgré une suppuration assez abondante, guérit en conservant une certaine mobilité dans l'articulation.

Hamilton rapporte deux observations dues à Reuben Mussey, de Cincinnati :

« I. — Ne pouvant opérer la réduction par le procédé « ordinaire, Reuben pratiqua la section d'un des chefs du « court fléchisseur du pouce, avec un couteau à iridectomie, « et la réduction s'opéra avec la plus grande facilité.

« II. — On fit la section sous-cutanée des deux chefs du « court fléchisseur du pouce, et la réduction se fit immé- « diatement. Les piqûres furent recouvertes de collodion, et

« le pouce maintenu à l'aide d'une attelle. Il n'y eut ni « inflammation, ni douleurs, et, au bout d'un mois, l'articu- « lation avait recouvré sa mobilité; mais plus tard, l'individu « ayant pris des habitudes d'intempérance, l'articulation « s'ankylosa.

« Dans ces deux cas, le couteau fut porté jusque sur le « métacarpien, et assez loin derrière la tête de l'os, pour qu'il « ne fut pas possible de confondre les ligaments latéraux avec « les muscles. »

RÉSECTION DE LA TÊTE DU MÉTACARPIEN

Cette opération a été employée un certain nombre de fois, mais c'est surtout dans les luxations se produisant avec facilité qu'elle est justifiée.

Evans eut deux fois recours à la résection, dans des luxations récentes ; les plaies se réunirent par première intention, et les malades recouvrèrent l'usage de leur pouce, presque aussi bien qu'avant l'accident, une certaine mobilité s'étant conservée dans la jointure.

Volkman, après avoir ouvert l'articulation et enlevé les os sésamoïdes, dut, pour remédier à la tendance incessante qu'avait la phalange à remonter sur le dos du métacarpien, réséquer la tête de cet os. L'opéré guérit, mais avec une ankylose complète du pouce dans l'extension.

Sédillot eut aussi recours avec succès à la résection.

A la Société de chirurgie de Paris, M. Delorme, en mars 1888, donna le compte-rendu d'une résection faite pour une luxation datant de sept ans, aisée à réduire, mais se reproduisant avec une grande facilité. Voici le résumé de cette observation.

OBSERVATION 3

(SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, MARS 1888. — M. DELORME)

Après avoir essayé sans succès plusieurs appareils contentifs, l'on se décide pour la résection de la tête du métacarpien. L'opération est facilitée par la luxation des surfaces qui sont aisément abrasées au bistouri, puis réunies par deux crins de Florence. La plaie guérit par première intention. Le résultat définitif, un mois et demi après l'opération, est satisfaisant ; l'articulation métacarpo-phalangienne est très légèrement mobile ; mais la mobilité des articulations carpo-métacarpienne et phalango-phalangienne, est largement suffisante pour permettre au blessé d'exécuter les mouvements d'adduction et d'opposition.

OBSERVATION 4

(INÉDITE EN FRANÇAIS)

Luxation du pouce en arrière, dans laquelle on pratique l'excision de la tête du métacarpien. M. G. Turner. *(British medical Journal,* 17 mars 1888).

La luxation datait de onze jours, quand je la vis pour la première fois ; toutes les tentatives de réduction par manœuvres et extension ayant échoué, je fis une incision et divisai l'aponévrose latérale du court fléchisseur. Le principal obstacle à la réduction était, cependant, le tendon du long fléchisseur qui se trouvait en dedans. Ayant opéré une traction con-

sidérable, la réduction eut lieu ; mais la luxation se reproduisait si facilement et les parties étaient si tendues et si tuméfiées, que je crus préférable de réséquer la tête du métacarpien. La plaie guérit sans difficulté et l'homme a une articulation parfaitement mobile ; à part un très léger raccourcissement, le pouce opéré est aussi bon que le pouce sain.

ARTHROTOMIE A CIEL OUVERT

Cette opération fut pratiquée pour la première fois par Dupuytren, qui incisa la partie antérieure de la jointure et divisa les tissus musculaires et fibreux qui s'opposaient à la réduction.

Frank pratiqua la même opération : la guérison eut lieu avec rétablissement complet de la fonction.

Oubliée ou plutôt condamnée pendant plus de trente ans, l'arthrotomie fut à nouveau préconisée en 1871 par *Lucke,* qui lui dut de pouvoir obtenir la réduction dans un cas de luxation exposée. D'après une communication orale de M. le professeur Masse, l'arthrotomie avec incision du ligament glénoïdien aurait été pratiquée avec succès dès 1864, par M. le professeur Moutet, de Montpellier.

En 1876, on voit de nouveau ce procédé hardi appliqué aux luxations simples par *Esmarch,* de Kiel. Pour une luxation datant de quarante-huit heures, et irréductible, il fit une incision des parties molles sur la saillie formée à la face palmaire par la tête du métacarpien ; puis, il incisa le ligament glénoïdien et souleva le tendon du long fléchisseur du pouce ; le vingtième jour, guérison : le pouce avait retrouvé tous ses mouvements.

Dolbeau fut obligé de faire une arthrotomie suivie de plein

succès sur un malade où Farabœuf avait échoué dans ses tentatives de réduction.

Verneuil, dans un cas irréductible, pratiqua une petite incision sur le côté de la face dorsale du pouce et coupa le ligament glénoïdien avec un ténotome ; ce ligament était interposé aux deux surfaces articulaires ; la réduction fut facile et la guérison de la plaie eut lieu en quatre jours.

M. le professeur *Paquet,* de Lille, a employé deux fois ce procédé ; ces opérations sont rapportées dans la thèse de Longueval, en août 1887. En voici le résumé :

OBSERVATION 5

I. — Luxation datant de quarante-huit heures. Incision de 3 centimètres le long du bord de l'articulation, avec précautions antiseptiques ; les os ne sont séparés que par le ligament glénoïdien que l'on sectionne. Sutures au catgut, pansement à l'eau phéniquée ; pas de suppuration ; réunion par première intention, rétablissement fonctionnel rapide.

OBSERVATION 6

II. — Opération 24 heures après l'accident ; incision latérale externe, section du ligament latéral externe, du ligament glénoïdien et de la lèvre externe de la boutonnière musculaire. Pansement : eau phéniquée ; réunion par première intention, plaie cicatrisée en 6 jours. 3 mois après, mouvements revenus presque en totalité.

OBSERVATION 7

(DOCTEUR RICHON, MÉDECIN PRINCIPAL DE L'ARMÉE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, JUIN 1887).

Réduction après arthrotomie et dégagement direct du ligament glénoïdien d'une luxation du pouce en arrière, ayant résisté à toutes les manœuvres de réduction.

Un soldat fait une chute en avant, la main droite étendue vient frapper le sol ; l'accident date de quelques heures. La luxation complexe est évidente, la peau intacte, les ligaments latéraux rompus ; en renversant le doigt en arrière sur le métacarpien, on sent les extrémités articulaires séparées par l'interposition du sésamoïde externe, pendant que le tendon long fléchisseur est dévié en dedans avec l'os sésamoïde interne. On fait des tentatives infructueuses de réduction par propulsion, extension, torsion et flexion, sous le chloroforme.

L'incision sous-cutanée du court fléchisseur ne permet pas non plus la réduction.

On fait alors l'arthrotomie par une incision latérale externe (le ligament latéral de ce côté était rompu). Un stylet est glissé le long du bord antérieur de la cavité glénoïde entre la surface articulaire et le ligament antérieur qui est rabattu vers la face palmaire ; sitôt après l'échappement du stylet, la réduction s'opère sans difficulté et d'une façon définitive. Pansement antiseptique. Suture. — Guérison rapide de la plaie sans suppuration, sans accidents. — 15 jours après l'opération, mobilisation de l'article, craquements articulaires. Au bout d'un mois, les mouvements spontanés commencent à se rétablir malgré le gonflement persistant de

l'article. Après trois mois, une pression énergique est encore impossible, et les mouvements sont toujours un peu limités.

OBSERVATION 8

(INÉDITE EN FRANÇAIS)

Un cas de luxation en arrière du pouce irréductible par les manœuvres, réduite par l'arthrotomie (Dr Elliot. — *Boston medical and surgical Journal*, 29 décembre 1887).

Domestique, âgé de 34 ans, fait une chute et se luxe le pouce droit ; son médecin essaie en vain de réduire. Il se rend presque de suite à « the Massachussett's general hospital » où il fut vu par le docteur Elliot. Le pouce droit était luxé en arrière. Deux faits principaux furent notés : 1° la tête du métacarpien paraissait déjetée en dehors ; 2° on voyait et sentait un muscle très rigide allant du métacarpien à la première phalange. Après un ou deux essais infructueux de réduction, on donne l'éther ; même sous l'anesthésie, la réduction fut impossible à deux médecins réunis ; tous les procédés connus furent essayés en vain. On incise alors la peau et le tissu cellulaire ; la tête brillante du métacarpien apparut, complètement dépouillée de tous ses ligaments ; l'os avait pénétré entre les fibres du muscle court fléchisseur du pouce. En cette position il était solidement tenu par la contraction des bandes musculaires des deux côtés du col de l'os ; le tendon du long fléchisseur du pouce était passé sous la tête, de telle façon qu'il renforçait la partie postérieure et plus profonde du court fléchisseur ; dans cette situation, chaque essai de réduction ne faisait que le serrer plus étroitement. Le tendon du long fléchisseur fut d'abord ramené par dessus la tête du

métacarpien, et même alors on ne put réduire ; mais quand le faisceau antérieur du court fléchisseur fut poussé en avant, les os reprirent facilement leur place.

La plaie fut fermée par une suture au catgut et recouverte par de la gaze sèche. Le malade a maintenant le parfait usage de son pouce. Le résultat est surprenant si l'on se rappelle que l'article était complètement lacéré, et que le tendon du long fléchisseur était chassé hors de sa gaîne d'au moins 3 centimètres. Il n'y eut ni douleur, ni gonflement ; la plaie fut regardée pour la première fois, dix jours après, et fut trouvée réunie par première intention.

OBSERVATION 9

(INÉDITE EN FRANÇAIS)

Luxation du pouce chez un enfant. — Arthrotomie. — Dr Harrington
(*Boston med. and surg Journal*, 29 déc. 1887).

Cette luxation diffère de la précédente par la position du tendon du long fléchisseur du pouce qui, ici, longeait le bord radial de la tête du métacarpien ; cette position du tendon est rare, mais il est possible de la reproduire sur le cadavre.

La luxation avait eu lieu la veille, et la réduction tentée hors de l'hôpital. La phalange restait sur le dos du métacarpien et lui était parallèle ; tous les efforts de réduction avec ou sans anesthésie échouèrent. Une incision fut faite sur la tête du métacarpien, qui était presque sous-cutanée. Après l'incision permettant de voir l'articulation, il était encore impossible de réduire. Finalement, passant un stylet sous le chef externe du court fléchisseur, et ramenant ce faisceau par dessus la tête du méta-

carpien, les os reprirent leur position. L'opération n'avait coupé que la peau et les tissus sous-cutanés. La plaie guérit par première intention. Au bout de trois semaines, l'enfant se servait de son pouce et il n'en a pas souffert depuis. Les mouvements sont bons, on pourrait presque dire parfaits ; il y a encore un peu d'épaississement à l'endroit de l'incision.

OBSERVATION 10

(INÉDITE)

Luxation complexe en arrière du pouce de la main droite ; plusieurs tentatives de réduction par les procédés classiques sans succès. — Arthrotomie. — Guérison. (Communiquée par M. le docteur A. Pousson, professeur-agrégé, chirurgien des hôpitaux).

Le jeune Léopold Retard, âgé de 14 ans, jouait, vers la fin de septembre 1887, avec des enfants de son âge, lorsqu'il tomba de sa hauteur sur une chaise, la main droite ouverte. Il éprouva une vive douleur au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce et constata aussitôt qu'il ne pouvait fléchir ce doigt. Il ne peut d'ailleurs fournir aucun renseignement sur la déformation existant alors ; le médecin qu'il consulta de suite, reconnut une luxation du pouce qu'il essaya vainement de réduire.

Le huitième jour, le malade se présente à l'hôpital des enfants de Bordeaux, et est placé dans le service de la clinique annexe, dirigé par le docteur Pousson.

On reconnaît, dès le premier examen, les signes de la luxation complexe en arrière. En effet, l'éminence thénar est volumineuse, élargie dans son diamètre antero-postérieur, et la longueur du pouce paraît à l'œil sensiblement diminuée. Les phalanges sont bien parallèles au métacarpien,

mais elles ne sont plus dans son axe ; vu latéralement, le profil du bord radial de la main a une forme de baïonnette. On sent très bien, en promenant les doigts sur la face palmaire de l'éminence thénar, la saillie de la tête métacarpienne, de même qu'on sent sur la face dorsale, le relief de la phalange.

Le petit malade n'éprouve aucune douleur, mais il ne peut fléchir le pouce dans la paume de la main ; les mouvements de flexion de la phalangette sont également en partie entravés ; enfin, le pouce peut avec beaucoup de peine être incomplètement opposé aux autres doigts. Il va sans dire que le patient ne peut se servir de la main pour les usages ordinaires : action de manger, de tenir un couteau, d'écrire, notamment.

Dès le lendemain de son entrée, le malade est chloroformé et le docteur Pousson essaie à diverses reprises la méthode devenue classique de Farabœuf, exécutée avec la pince de cet auteur. Les tentatives échouent ; les manœuvres ont pour résultat d'amener un peu de gonflement, et quelques phénomènes douloureux au niveau de l'articulation ; on les combat par le repos et l'application de cataplasmes.

Le 18 octobre, c'est-à-dire vingt-et-un jours après l'accident, on renouvelle sous le chloroforme, les tentatives de réduction, sans plus de succès, d'ailleurs. Le docteur Pousson procède alors, séance tenante, à l'ouverture de l'articulation, en prenant toutes les précautions antiseptiques et après application de la bande d'Esmarch.

Une incision de 2 centimètres 1/2 environ est faite sur la partie antéro-externe de la région, et, ses lèvres étant écartées, le chirurgien peut s'assurer que l'obstacle à la réduction tient bien à la sangle sésamoïdienne. En vain, il essaye, en exerçant des tractions sur l'os sésamoïde externe au moyen d'un crochet mousse, de ramener à sa place le sésamoïde par dessus la tête du métacarpien. Tous ces efforts, combinés avec les manœuvres sur la phalange, recommandées par Farabœuf, restent sans résultat. L'opérateur se décide alors à sectionner le ligament glénoïdien avec la pointe du bistouri, immédiatement en dedans de l'os sésamoïde externe. La continuité de la sangle sésamoïdienne ainsi

détruite, chacune de ses moitiés s'écarte et glisse sur les flancs du métacarpien. Rien, dès lors, ne s'opposant à ce que l'extrémité de la phalange descende sur la tête métacarpienne, la réduction est aisément obtenue.

Ces manœuvres ont été longues, un peu laborieuses, et les tissus ont subi un certain degré de contusion ; redoutant la mortification des parties contuses, le docteur Pousson ne ferme pas complétement la plaie, et il place un drain dans l'angle antérieur. Une attelle de carton moulée maintient les choses en place, et un pansement de Lister, large, recouvrant toute la main, est appliqué.

Le deuxième jour, la température est à 38°. On défait le pansement, les parties sont tuméfiées, rouges, douloureuses; il s'écoule, par le drain, un liquide séro-purulent. Les sutures sont enlevées et un abondant lavage phéniqué est fait dans le foyer de la plaie. Un pansement antiseptique est de nouveau appliqué.

Malgré le lavage phéniqué et le pansement, la température ne tombe pas ; bien au contraire, elle s'élève à 40°. La plaie est très douloureuse, le gonflement gagne la paume de la main, des traînées de lymphangite se dessinent le long du bord externe de l'avant-bras et les ganglions de l'aisselle se tuméfient. On soumet la main et l'avant-bras aux pulvérisations phéniquées qui, de suite, font d'abord tomber la température à 38°, puis à 37°. Malgré cela, un petit abcès s'est formé au niveau de la partie inférieure et externe de l'éminence thénar, sans communication avec le foyer articulaire. On l'ouvre, le 2 novembre, et il se cicatrise très rapidement. A partir de ce moment, rien ne vient plus contrarier la guérison de la plaie opératoire qui se fait régulièrement et est complète le 20 novembre.

Comme on devait s'y attendre, les mouvements sont loin d'être libres, après la cicatrisation ; tout au contraire, aussitôt après la fermeture de la plaie et en raison des phénomènes inflammatoires dont la région a été le théâtre, la situation paraît inférieure à ce qu'elle était avant l'intervention. Mais, sous l'influence des douches sulfureuses, du massage et

des mouvements cadencés, le malade recouvre, après quelques semaines, l'usage à peu près normal de la main, bien que les mouvements de flexion et d'extension de la phalange sur le métacarpien soient très limités.

Le malade, sorti de l'hôpital vers le 20 décembre, a été revu par le docteur Pousson, le 19 janvier 1888. Il a raconté que, depuis sa sortie, il a pu aider des parents chez qui il est resté, à Bordeaux, à leur métier de débitants de vins, c'est-à-dire porter des bouteilles, les déboucher, verser le vin, etc. Il écrit aussi avec la plus grande facilité et trace, d'une belle écriture, une phrase très obligeante pour son chirurgien. Cependant, si la région a repris sa forme à peu près normale, et si on peut s'assurer, par la palpation, que les surfaces articulaires ont repris leur place, il est juste de dire que les mouvements de l'articulation métacarpo-phalangienne n'ont pas toute leur amplitude normale. Il n'en est pas moins vrai que le malade se déclare très satisfait du résultat obtenu, et qu'il trouve son état actuel bien préférable à celui où il se trouvait, alors que, le pouce raide, il ne pouvait saisir aucun objet, même volumineux, et, *a fortiori*, se servir de sa main pour tenir une fourchette, ou une plume à écrire.

Sans doute, ce cas, où il y eut suppuration du foyer opératoire et menace de phlegmon de l'avant-bras, ne saurait être donné comme exemple des beaux résultats de l'arthrotomie antiseptique ; mais si l'on envisage seulement le résultat fonctionnel, but définitif de toute intervention chirurgicale, on ne peut s'empêcher de le mettre à l'actif de la méthode de réduction des luxations irréductibles du pouce, par l'ouverture de l'articulation.

DISCUSSION

Nous venons de passer en revue les différents modes opératoires qui ont été employés par les chirurgiens, dans le but

de ramener en place les surfaces articulaires dans les luxations qui avaient résisté aux procédés classiques de réduction. Voyons maintenant s'il est toujours nécessaire d'opérer ou si l'on peut laisser les choses en état sans que le malade perde l'usage du pouce. Cela fait, nous rechercherons quelle est celle des trois méthodes opératoires qui donne les meilleurs résultats fonctionnels et qui, par conséquent, doit être choisie.

I. *Faut-il toujours opérer?* — Il y a encore une vingtaine d'années, avant la révolution amenée par l'antisepsie dans les pansements, toute articulation était arrivée à être une sorte de lieu redoutable, dont on n'approchait le couteau qu'avec les plus vives appréhensions. En supprimant les complications des plaies articulaires, les procédés de la méthode antiseptique sont venus prouver aux chirurgiens qu'ils pouvaient sans crainte inciser les parties malades. — Il n'est donc pas étonnant qu'avant l'apparition du pansement de Lister, la grande majorité des chirurgiens ait reculé devant une intervention chirurgicale, à propos d'une luxation du pouce. Aujourd'hui, bien que la plupart des auteurs ait suivi le courant en faveur de l'intervention opératoire dans les grandes articulations, il en est encore qui refusent d'intervenir dans la luxation du pouce, s'appuyant sur ce fait que dans un certain nombre de cas de non réduction, la déformation ne gêne que peu ou point le libre exercice de la main. Les luxations anciennes, en effet, bien que gênant souvent assez notablement les fonctions du pouce, ne mettent généralement pas obstacle à tous les mouvements, et permettent dans une certaine mesure, le mouvement d'opposition, parce qu'il se passe surtout dans l'articulation carpo-métacarpienne.

Poinsot écrit que, « par l'usage et un exercice bien con-

« duit, bon nombre de luxations non réduites permettent « un rétablissement presque complet des fonctions du mem- « bre ; ici aucune intervention chirurgicale ne lui paraît « légitime ; mais assez ordinairement, la raideur du pouce, « son renversement en arrière, l'absence des mouvements « d'opposition peuvent, surtout s'il s'agit de la main droite, « rendre le blessé à peu près incapable de se servir utile- « ment de sa main, et l'obliger à abandonner sa profession ; « alors le chirurgien peut se croire autorisé à agir direc- « tement sur l'article lésé. »

Polaillon, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, dit : « Il faut rejeter toute opération sanglante « ayant pour but de remettre en place les os, ou de réséquer « la tête du métacarpien ; ces opérations ne sont justifiées « que s'il y a complication d'une plaie communiquant avec « l'articulation ; la luxation non réduite ne produit pas d'in- « firmité intolérable, une pseudarthrose se forme à la longue « et le pouce récupère une partie de ses fonctions mieux « qu'après la résection et l'ankylose consécutive. »

Aujourd'hui, il accepte l'opération chirurgicale dans le cas où le procédé de Farabœuf, rigoureusement appliqué, ne réussit pas.

Le Dentu, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, déclare que, « vu le danger d'une plaie articulaire « à ciel ouvert, toute section de muscles ou de ligaments « après incision préalable des téguments, pourrait être « rejetée sans autre examen, si le pansement ouaté n'offrait « pour les cas de ce genre une ressource qu'on pourra peut- « être utiliser un jour. D'ailleurs, est-ce bien dans l'ouver- « ture de l'articulation métacarpo-phalangienne que réside « le véritable danger ? N'est-ce pas plutôt dans la déchirure « du ligament antérieur, déchirure qui fait communiquer la

« gaîne synoviale du fléchisseur propre du pouce avec l'ar-
« ticle ? Si le pansement ouaté est capable de prévenir la
« suppuration dans ces circonstances, il n'y aurait peut-être
« pas lieu de rejeter d'emblée la petite opération qui consis-
« terait à sectionner les muscles et les ligaments après avoir
« fait aux téguments une incision aussi courte que pos-
« sible. »

Verneuil affirme qu'il n'hésiterait pas à faire l'opération, si un nouveau cas se présentait à son observation.

Lucas-Championnière croit que ces luxations peuvent être opérées ; pour cela, il faut agir aseptiquement, de façon à ne pas avoir de suppuration ; après quelques jours, on devra faire la mobilisation des parties et les mouvements reviendront complètement, surtout chez les enfants.

Le docteur *Richon* pense que le résultat obtenu par l'intervention chirurgicale est bien supérieur à celui que donnerait la non-réduction ; il ne saurait admettre que l'intervention opératoire n'est légitime que dans les luxations compliquées de plaies articulaires ; l'abstention est loin, selon lui, d'assurer toujours le retour des mouvements.

Desprès, au contraire, est l'adversaire acharné de toute intervention chirurgicale ; il aime mieux s'abstenir et laisser la luxation non réduite. Cette luxation non réduite est moins gênante, dit-il, que la phalange ankylosée, immobilisée, ainsi que cela résulte d'une opération. Il cite le cas d'un confrère, qui porte depuis longtemps une luxation du pouce non réduite et qui, malgré cela, fait exécuter à son pouce des mouvements relativement très étendus et très utiles.

Chauvel partage complétement l'opinion de Desprès et dit que, dans un cas, l'opération a donné des résultats déplorables, tandis que le résultat a été beaucoup plus satisfaisant dans une luxation non réduite.

Pour nous, en présence des bons résultats au point de vue fonctionnel, qui ont été obtenus dans les luxations opérées, ainsi qu'il en résulte des observations que nous avons citées dans le cours de notre travail, nous croyons que le chirurgien devra toujours intervenir, lorsque tous les autres procédés classiques auront, à plusieurs reprises, été essayés sans succès, le malade étant sous l'influence du chloroforme. Il nous semble que l'on ne doit pas laisser le malade dans une position aussi mauvaise que celle d'une luxation du pouce non réduite, qui, outre la difformité qu'elle occasionne à la main, ne peut, dans l'immense majorité des cas, arriver à produire les divers mouvements si utiles pour les professions et même pour les besoins journaliers de la vie. Peut-être même, est-il préférable de ne pas renouveler trop fréquemment les tentatives de réduction qui, amenant fatalement une contusion des parties molles environnant l'articulation, peuvent être cause de différents accidents et rendre l'intervention opératoire plus dangereuse en empêchant la réunion de la plaie par première intention, et faisant ainsi courir à l'opéré les mauvaises chances d'une longue suppuration.

II. *Quelle opération faut-il choisir ? — Hamilton* fait ici une distinction entre les luxations récentes et les luxations anciennes.

Pour les premières, la section sous-cutanée des ligaments et des tendons lui paraît constituer le premier acte opératoire. En cas d'insuccès de cette première opération, on aurait recours à l'ouverture de l'articulation ; la résection ne serait que bien rarement indiquée, si même elle était jamais nécessaire.

Dans les luxations anciennes, au contraire, c'est à l'arthrotomie qu'il conviendrait d'avoir recours tout d'abord, quitte

à pratiquer la résection de la tête du métacarpien, si la division des tissus fibreux demeurait inefficace ; mais la résection ne saurait être justifiée que pour les cas où la réduction après section ligamenteuse aurait été impossible à obtenir.

Dans la discussion qui eut lieu à la Société de Massachussett's, au sujet des opérations, citées plus haut, des docteurs Elliot et Harrington, il est dit que lorsqu'une opération est nécessaire pour arriver à la réduction d'une luxation du pouce, le meilleur procédé consiste à ouvrir, avec toutes les précautions antiseptiques, l'articulation métacarpo-phalangienne par la face palmaire, et à réduire sans léser les points importants de l'article. La résection est une opération grave qui laisse pour le moins un doigt imparfait. Quant à la section sous-cutanée, c'est une opération aveugle, non satisfaisante et presque toujours faite sans succès. Des tissus importants peuvent être lésés, et de cette lésion peut résulter de l'impotence fonctionnelle.

Dans le *New-York Medical Journal* nous lisons : « Dans une « luxation récente, l'on peut essayer d'abord la méthode « sous-cutanée, surtout lorsque l'on peut constater que « certains muscles sont tendus ; si, après plusieurs essais « distants d'une semaine ou plus, la réduction est encore « impossible, alors l'arthrotomie est indiquée ; elle est égale- « ment le moyen spécialement propre à la réduction des « vieilles luxations. »

L'on peut appliquer à la luxation métacarpo-phalangienne irréductible du pouce, ces paroles de *Maydl* (de Vienne), au deuxième Congrès français de chirurgie, à propos des grandes articulations : « L'arthrotomie simple, suivie de réduction sans résection des extrémités articulaires, doit être le but auquel doivent aspirer les chirurgiens modernes ; c'est une ambition particulièrement conservatrice. »

A ce même Congrès, M. *Deces* (de Reims), à propos des luxations du coude, est fermement convaincu que l'arthrotomie pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques, n'offre aucun danger. A plus forte raison, par conséquent, ici, où il ne s'agit que d'une petite articulation.

Pour nous, convaincu que la cause vraie de l'irréductibilité est bien celle qui a été indiquée par Farabœuf, c'est-à-dire l'interposition aux surfaces articulaires du ligament glénoïdien ou de l'os sésamoïde externe, nous croyons devoir rejeter l'opération sous-cutanée qui ne peut que sectionner les tissus musculaires et fibreux environnant l'article, sans s'attaquer directement à l'obstacle lui-même.

La résection nous paraît devoir être réservée pour les cas où après réduction, la luxation ne pourra être maintenue et récidivera très souvent, ainsi qu'il arrivait chez les opérés de Delorme et de Turner.

C'est à l'arthrotomie à ciel ouvert qu'il nous semble que l'on doive avoir recours. Les observations que nous avons réunies, montrent que le résultat fonctionnel à la suite de cette opération est toujours excellent : tous les mouvements qui se passent dans l'articulation métacarpo-phalangienne sont rétablis, pour ainsi dire, intégralement ; l'opéré a toujours pu reprendre ses occupations manuelles ; pas une seule fois on n'a noté d'ankylose, résultat qui arrive, au contraire, à un degré plus ou moins prononcé, à la suite de résections.

MANUEL OPÉRATOIRE

Pour toute articulation on peut dire d'une façon générale, que l'arthrotomie doit être faite par les mêmes incisions que celles que l'on recommande pour les résections.

Dans la luxation du pouce, l'incision des téguments devrait donc être faite sur la partie latérale externe de l'articulation. C'est ce qui a eu lieu dans l'opération faite par le docteur Richon : il n'avait pas à conserver le ligament latéral externe antérieurement rompu ; de plus, en attaquant latéralement la jointure, il put dégager le ligament glénoïdien sans avoir à le diviser, et sans s'exposer à léser la gaîne du tendon extenseur et à y développer une inflammation violente.

Verneuil incisa à la région dorsale.

M. le docteur Pousson fit son incision à la partie antéro-externe de la région ; c'est également le lieu choisi par le professeur Paquet.

D'autres ont préféré inciser les téguments sur la tête de l'os métacarpien, qui fait saillie à la paume de la main.

Quoi qu'il en soit, l'incision doit comprendre la peau et les tissus sous-jacents. Ses dimensions doivent avoir de 2 centimètres 1/2 à 3 centimètres.

Lorsque le bistouri est arrivé jusqu'à l'article, la conduite peut varier, selon l'état des parties : lorsque l'on constate l'interposition, aux surfaces articulaires, de la sangle sésamoïdienne ou d'une de ses parties, on peut, avec un crochet mousse, essayer de ramener à sa place le sésamoïde par dessus la tête du métacarpien. Si on ne peut y arriver, alors

on sectionnera, comme dans l'observation 10. Si les lèvres de la boutonnière musculaire sont trop serrées autour du col du métacarpien, on peut, à l'exemple de M. Paquet, les sectionner.

On cherchera aussi à ramener en place, avec un crochet mousse, le tendon du long fléchisseur, qui, ordinairement, est simplement dévié en dedans ou plus rarement en dehors, mais qui peut être chassé de sa gaîne (Observation 8).

Si, ce qui est rare dans la luxation complexe, la déchirure des ligaments latéraux n'est pas complète, et si ces ligaments maintiennent trop rapprochés les surfaces articulaires, de manière à empêcher le stylet ou le bistouri d'atteindre l'obstacle interposé, on doit les sectionner (Observation du docteur Paquet).

Après la section et la réduction, le chirurgien doit faire des lavages répétés de la plaie articulaire avec une solution phéniquée forte ; puis il pratique la suture des lèvres de la plaie, de façon à en chercher la réunion par première intention. Si l'état des parties lui fait craindre la suppuration et, par conséquent, dans le but d'éviter la rétention du pus, il devra, comme l'a fait M. Pousson, mettre un drain dans la partie la plus déclive de la plaie opératoire. La suture se fera avec du catgut, des fils de soie ou des crins de Florence, *ad libitum*.

PRÉCAUTIONS ANTISEPTIQUES

Le seul moyen de rendre l'arthrotomie inoffensive est d'opérer antiseptiquement. La méthode antiseptique ne consiste pas uniquement dans l'emploi d'un agent antiseptique

en particulier; c'est un mode de traitement composé d'un ensemble de pratiques dont chacune a son but distinct et doit réaliser une indication précise.

Ici donc, comme dans toute opération sur les articulations, tout ce qui doit venir au contact de la plaie sera purifié. Pour cette raison, les mains du chirurgien et de ses aides, ausssi bien que les instruments, seront nettoyés à l'eau phéniquée normale. Avant de sectionner, le chirurgien fera un nettoyage scrupuleux du pouce et de la main. On pourra même essayer de rendre l'atmosphère aseptique avec les pulvérisations phéniquées qui enveloppent la région à opérer, les mains du chirurgien et de ses aides, dans un nuage phéniqué, fourni par un appareil convenable.

PANSEMENT

Au début de l'antisepsie, l'acide phénique était seul employé dans les pansements antiseptiques ; mais on peut tout aussi bien se servir de tout autre agent ; par exemple : l'iodoforme, le sublimé en solution au millième, le thymol à raison de 6 pour 100 ; l'huile essentielle d'eucalyptus, l'acide salicilique, le chlorure de zinc, le tannin, etc. Ces différents médicaments sont employés soit seuls, soit combinés ; ainsi l'on associe très fréquemment l'iodoforme au pansement ordinaire de Lister.

Dans notre opération, nous établirons le pansement suivant les principes de Lister : protective, gaze trempée dans une solution antiseptique ; par dessus, gaze sèche, chiffonnée, dépassant de tous côtés la gaze humide ; makin-

tosh, et bandage. On pourra par dessus le tout, mettre un pansement ouaté de Guérin qui, outre qu'il contribue, lui aussi, à soustraire la plaie à l'action incessante de l'air et au danger de l'absorption des principes délétères au milieu, a pour avantage d'immobiliser la région opérée.

L'immobilisation de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce doit être faite ; pour cela, on emploiera soit une gouttière en gutta-percha moulée sur le pansement (prof. Paquet) soit une attelle de carton (Dr Pousson).

Les pansements doivent être rares, à moins que l'élévation de la température générale de l'opéré ne fasse craindre une complication ; mais si la température reste normale, le pansement peut rester en place 10 ou 15 jours ; d'après les observations citées par Longueval, et celles du docteur Elliot et du docteur Harrington, la plaie est alors trouvée complètement cicatrisée. Il faut alors cesser l'immobilisation et commencer les essais de mouvements du pouce de façon à prévenir l'ankylose.

DANGERS DE L'OPERATION

Dans toute plaie articulaire, il faut éviter à tout prix la suppuration qui est l'accident le plus redoutable.

« Les plaies articulaires, chirurgicales ou autres, dit « M. le professeur *Azam*, de Bordeaux, sont ou innocente ou « très graves ; l'absence de suppuration c'est l'innocuité ; « toute la difficulté est donc dans le mode d'intervention ; « chercher la réunion primitive par l'occlusion parfaite, « le pansement ouaté, ou tel autre moyen, est, à mon

« sens, la seule conduite du chirurgien prudent, qui est « contraint d'ouvrir une articulation ou qui a à soigner « un malade dont l'articulation est ouverte. »

Bien que, grâce aux succès réalisés par la méthode antiseptique, les dangers d'une opération faite sur une petite articulation comme la métacarpo-phalangienne du pouce, soient beaucoup écartés, il n'en est pas moins vrai, et l'observation du docteur Pousson nous l'a montré, que toute complication n'est pas impossible.

Ces accidents sont dus :

A la tendance qu'a l'articulation à suppurer ; la suppuration empêche la réunion par première intention, entraîne la perte de la vitalité des organes et peut amener la gangrène ;

A l'infection putride produite par la décomposition du pus due à la pénétration de l'air dans le foyer purulent ;

Au développement d'une arthrite consécutive ;

A l'inflammation de la synoviale. La synoviale de l'articulation du pouce communique avec les grandes séreuses du poignet; les produits de l'inflammation, communiquant librement avec les deux grandes synoviales du poignet, pourront gagner la paume de la main et même la partie inférieure de l'avant-bras, où leur présence déterminera des désordres tels que : phlegmons diffus, abcès multiples, adhérences, ou même exfoliations tendineuses.

Citons encore comme complication, possible peut-être, le tétanos.

Néanmoins, il ne faut pas exagérer les dangers d'une plaie opératoire dans une articulation des doigts ; nous pouvons rapporter ici deux observations de luxations compliquées de plaies et qui ont guéri sans complication aucune, et sans ankylose finale.

OBSERVATION 11

(INÉDITE EN FRANÇAIS)

Luxation du pouce compliquée de l'ouverture de l'article, réduite par les manœuvres ordinaires, ayant guéri rapidement sans ankylose (Dr Beta, *The Lancet*, 1878).

Il y a un an, un homme eut une luxation compliquée de la première phalange du pouce gauche; la luxation fut réduite par un chirurgien, une heure et demie après l'accident, et le pouce maintenu par une attelle. En moins de six semaines, la plaie était complétement cicatrisée. En l'examinant aujourd'hui je trouve que la jointure exécute tous les mouvements possibles et qu'il ne s'est formé aucune ankylose. Une opération pourrait-elle ramener aussi complétement les mouvements ? Il ne se trouve aucun cas semblable dans les traités de chirurgie.

OBSERVATION 12

(INÉDITE EN FRANÇAIS)

Luxation compliquée de plaie, guérie rapidement sans ankylose. (Dr Campbell, *The Lancet*, 1878).

Un gentleman, sortant de dîner, tombe dans les escaliers. Le matin suivant, en le voyant, je trouve une luxation de la phalange du pouce droit compliquée d'ouverture de l'article; les extrémités des deux os

sont absolument sèches et vitrées, dix heures après l'accident. Je mets les parties en contact, j'applique simplement du lint imbibé d'alcool et d'eau froide, sans aucune attelle. Sous ce traitement, en dix jours l'article lacéré était cicatrisé par première intention, sans aucune suppuration et avec usage fonctionnel parfait.

Si donc nous voyons des plaies traumatiques articulaires, à bords lacérés, déchiquetés, guérir si facilement sans aucune complication, il nous est permis de croire que des plaies opératoires rectilignes, linéaires, à bords bien nets, doivent guérir aisément sans faire courir aux opérés de grands dangers.

CONCLUSIONS

1° Dans les luxations métacarpo-phalangiennes du pouce irréductibles, l'obstacle est constitué par le ligament glénoïdien et les os sésamoïdes ; les muscles et ligaments ne jouent qu'un rôle tout à fait accessoire ;

2° Le mode de traitement des luxations irréductibles doit être l'arthrotomie à ciel ouvert sans résection ;

3° Cette opération faite avec les précautions antiseptiques ne fait courir au malade que des dangers très limités, et donne un résultat fonctionnel excellent.

Vu bon à imprimer :

Bordeaux, le 15 juin 1888.

Le Président de la thèse,

Dr MASSE.

Vu :

Le Doyen,

A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 16 juin 1888.

Le Recteur,

H. OUVRE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BEAUNIS ET BOUCHARD.... *Anatomie descriptive.*

TILLAUX..... *Anatomie topographique.*

PAILLOUX..... *Thèse de doctorat*, Paris, 1829.

MALGAIGNE..... *Traité des luxations.*

HAMILTON ET POINSOT..... *Traité des fractures et luxations.*

FOLLIN ET DUPLAY..... *Pathologie externe.*

POULET ET BOUSQUET..... *Pathologie externe.*

BOUILLY..... *Pathologie externe.*

GOSSELIN..... *Encyclopédie de chirurgie.*

POLAILLON..... *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales ;* article : *Doigt.*

LE DENTU..... *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratique ;* article : *Main.*

FARABŒUF..... *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1876.

POINSOT (de Bordeaux).... *Revue de chirurgie*, 1883-1884.

LONGUEVAL..... *Thèse de Lille*, août 1887.

JALAGUIER..... *Thèse d'agrégation*, 1886.

Bulletin de la Société de chirurgie, 1883, 1887-1888.

2me *Congrès français de chirurgie*, octobre 1886.

Archives générales de médecine, 1886, tome I.

Gazette médicale de Paris, juillet 1885.

The Lancet, 1878.

The British Medical Journal, 1887-1888.

The New-York Medical Journal, 1887.

The Boston medical and Surgical Journal, décembre 1887.

ROCHEFORT. — SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE CH. THÈZE.